



NEUROSIS OBSESIVA Y ELECCIÓN DE OBJETO: Un estudio de caso

Tesis de grado para optar por el título de:  
MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA

Autor:  
MARÍA ANGÉLICA SALTARÍN ÁVILA.

Tutor de Caso:  
JORGE IVÁN GALINDO MADERO.

Tutor Externo:  
VIANA ÁNGELA BUSTOS ARCÓN

Fundación Universidad Del Norte  
División De Humanidades Y Ciencias Sociales  
Maestría en Psicología  
Barranquilla  
2018

## Tabla de contenido

<b>Información General Del Proyecto .....</b>	<b>3</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>4</b>
<b>Justificación.....</b>	<b>5</b>
<b>Área problemática .....</b>	<b>7</b>
<b>Preguntas guías u objetivos .....</b>	<b>8</b>
<b>Historia clínica del paciente.....</b>	<b>9</b>
a. Identificación del paciente: .....	9
b. Motivo de consulta.....	9
c. Descripción sintomática .....	9
d. Historia personal y familiar.....	10
e. Genograma.....	13
f. Proceso de evaluación (intencionalidad de la evaluación, pruebas aplicadas....	13
g. Conceptualización diagnóstica (conceptualización y categorización diagnóstica) .....	15
h. Impresión diagnóstica .....	15
Evaluación Multiaxial .....	15
<b>Descripción detallada de las sesiones (5 a 10) .....</b>	<b>18</b>
Sesión n°1 .....	18
Sesión n°2 .....	19
Sesión n°3 .....	21
Sesión n°4 .....	23
Sesión n°5 .....	25
Sesión n°6 .....	27
<b>Marco conceptual de referencia.....</b>	<b>29</b>
<b>Análisis del caso (descripción e interpretación).....</b>	<b>42</b>
<b>Referencias y Bibliografía.....</b>	<b>56</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>60</b>
Evaluación de la actividad global.....	60
<b>Consentimiento Informado .....</b>	<b>61</b>

## **Información General Del Proyecto**

Título del documento:

Estudio de caso: Neurosis obsesiva y elección de objeto.

Investigador:

María Angélica Saltarín Ávila.

Candidata a Magíster en Psicología Clínica.

Psicóloga

Director del caso:

Jorge Iván Galindo Madero

Magíster en Psicología

Psicólogo y Psicoterapeuta.

Docente e Investigador.

Asesor externo:

Viana Ángela Bustos Arcón

Magíster en Psicología

Especialista en Psicología Clínica.

Psicóloga, psicoterapeuta y tutora clínica.

Rep. Campo de Psicología Clínica, Zona Norte-Colpsic

International Member-APA

## **Introducción**

El presente documento esboza un caso clínico de una paciente cuyo trabajo terapéutico permite pensar una relación posible entre la neurosis obsesiva y la elección de pareja. En este sentido, el marco teórico se sustenta desde el enfoque psicodinámico; cuya comprensión se sostiene en la transferencia e interpretación como técnica.

Para el caso las variables de estudio: Neurosis obsesiva y elección de objeto son claves, pues organizan la personalidad de tal forma que incide en la dinámica con su pareja, el trabajo y las relaciones interpersonales de la paciente, actualmente se puede evidenciar cómo ésta se relaciona con la elección de pareja, la manifestación de síntomas que se presentan en una mujer con características obsesivas, derivándose de la estructura psíquica: neurosis, si bien no será posible abordar todos los aspectos y variables del caso, el lector podrá conocer de acuerdo al estudio previo de algunos aspectos que hacen parte de la estructura neurótica y obsesiva de la paciente, y de las características que integran este cuadro.

El tema que se revisa a partir de Sigmund Freud (1923, 1905) como soporte teórico y clínico, Juan David Nasio (2007), Simón Brainsky (1986), (Bustos y Russo, 2018; Mass y García, 2018; Mass, 2017; Mass y García, 2017; Bustos, 2017, 2016; Zabaraín, Quintero, y Russo, 2015; Mass, 2014, 2013, 2011; Russo, 2014; UNESCO, 2014; Gómez, 2013; Benjet, 2009; Russo y Galindo, 2008; Winnicott, 1951) entre otros.

El documento se encuentra ordenado de tal forma que el lector encontrará: historia clínica, identificación del paciente, motivo de consulta, descripción sintomática, historia personal, historia familiar, genograma, proceso de evaluación, descripción detallada de las sesiones, marco conceptual de referencia, análisis del caso, conclusiones y discusión, bibliografía y anexos.

## Justificación

El presente documento tiene como objeto principal establecer la importancia de un estudio de caso cuyos resultados favorecerán el juicio teórico y práctico desde el enfoque psicodinámico a partir de la construcción y análisis desde una perspectiva investigativa, clínica y teórica (Freud, 1923{1922}). La comprensión del cuadro clínico permitirá apreciar cómo en una paciente con características obsesivas se configuran desde la sintomatología manifiesta, el conflicto psíquico, la somatización, los mecanismos de defensa y hasta el chiste, siendo útil como material de la paciente en la psicoterapia y para la posterior conceptualización de las variables de estudio, desde el proceso de investigación soportados en el presente documento.

Así mismo, a lo largo de la revisión del tema, se observa que en realidad la teoría psicodinámica prima hoy en día, pues conduce a los individuos a dar cuenta de su subjetividad y responsabilidad acerca de su vida y los compromete consigo mismos. La psiquiatría, el DSM, el CIE, y las neurociencias, entre otros, por su parte, saben acerca de los síntomas, pero no de la causalidad psíquica que configura un trastorno y es allí donde radica la relevancia científica de la psicoterapia dinámica, y la comprensión analítica de un caso.

Por último, se espera que contribuya, además, a la formación de futuros psicólogos, psicólogas y psicoterapeutas, dado que la temática resultará de gran interés actual y terapéutico, pues su profundidad y disponibilidad investigativa en la teoría de la *neurosis obsesiva* trae consigo la apertura a interrogantes que para este caso se relacionan con la elección de objeto, que se sustentan a su vez, en la práctica clínica formativa, sustentada en

el proceso mismo de la experiencia psicoterapéutica, revisión del proceso a partir de un marco conceptual y la técnica terapéutica.

## **Área problemática**

El presente estudio de caso centra su análisis en la problemática de una paciente que presenta dificultad en el control de sus emociones, que manifiesta síntomas tales como: gritos, quejas continuas, verbalización de palabras obscenas, golpea las paredes y ataques de llanto, acompañado de frustración y culpa por sus reacciones. Así las cosas, este caso da cuenta de cómo se configuran los síntomas psíquicos y físicos, que se derivan de la estructura psíquica: neurosis y de las características que integran este cuadro, revisado desde una perspectiva dinámica, cuya comprensión pretende indagar cómo incide en la personalidad de la paciente y la relación de pareja.

Así mismo, a partir de este caso, se pudo establecer la relación existente entre la historia de la paciente con su vida adulta, el pasado con lo actual y todas las relaciones que de allí se desprenden, además, permite analizar cómo la teoría sustenta la práctica clínica de enfoque psicodinámico y finalmente, cómo los hechos clínicos confirman la teoría freudiana del inconsciente, las experiencias infantiles y su implicación en la vida anímica.

## **Preguntas guías u objetivos**

El presente estudio de caso tiene por objetivo exponer el desenvolvimiento de los estudiantes en la maestría Psicología Clínica de la Fundación Universidad Del Norte de Barranquilla, dicha tesis establece la *Neurosis Obsesiva y Elección de objeto: Un estudio de caso*.

Las preguntas que surgen en dicha práctica en la situación terapéutica son:

1. ¿Cómo incide la neurosis obsesiva en la elección de objeto?
2. ¿Qué características se establecen en la elección de objeto?
3. ¿Cómo la neurosis obsesiva organiza la psiquis de la paciente?



## **Historia clínica del paciente**

### **a. Identificación del paciente:**

- **Nombre:** K.N
- **Fecha y lugar de nacimiento:** Barranquilla, 14 de mayo 1992.
- **Edad:** 26 años
- **Origen:** colombiana
- **Educación:** Universitaria
- **Religión:** católica
- **Oficio:** empleada.
- **Estado civil:** soltera.

### **b. Motivo de consulta**

Dice: “Desde hace un tiempo tengo episodios de ansiedad, he lanzado objetos cuando esto pasa, celulares que son míos (Piensa) luego de que esto pasa, me frustró y me siento culpable. Esto con mi familia, siento que mi hermana que es allegada a mis padres, mi mamá la compara conmigo y me hace sentir mal, con mi pareja también he tenido esto”.

### **c. Descripción sintomática**

La paciente relata que presenta dificultad en el control de sus emociones, dice que en eventos que le hacen perder la calma: grita, verbaliza groserías/vulgaridades, lanza objetos, golpea las paredes y ha tenido ataques de llanto, se frustra y siente culpa por sus reacciones, hecho que a su vez le produce dolor. Llega a consulta por ello, dice que siempre

ha tenido ese tipo de reacciones y se exacerbaron (hace aproximadamente 2 años), la paciente comenta una experiencia de otra relación: *“esa situación le recuerda a su ex pareja, quien la maltrataba”* que ha provocado que actúe así: lanza los objetos a su alcance, grita, se torna ansiosa, siente su respiración y ritmo cardíaco acelerado y ha llegado a sentir pánico.

Además, manifiesta que frente a hechos que le hacen sentir mal en su familia, ella responde de manera agresiva *“Cuando siento que mi mamá y mi hermana se alían para estar en mi contra, meterse en mi vida o criticarme me molesta”*

#### **d. Historia personal y familiar**

Paciente proveniente de una familia compuesta por madre, padre y hermana, menor de 2 hermanas dentro de la familia nuclear, tiene un hermano radicado en Venezuela, con quien no tiene contacto frecuente.

Padres casados que habitan en la misma casa, pero que no tienen relación de esposos. Según manifiesta la paciente K, desde que tiene uso de razón su forma de relacionarse ha sido así, distante.

Paciente describe a la madre como una mujer de carácter fuerte, controlador y dependiente, proveniente de una familia cuyo origen es del interior del país, y es la menor de 5 hermanas.

Y describe al padre como un hombre con rasgos de personalidad pasiva, que a ratos tiende a actuar bajo presión de otros, en influencia de su esposa e hija mayor, manifiesta: *“Desde que me acuerdo mi papá no ha sido organizado en el tema financiero, ha perdido negocios como independiente y eso ha influido en la economía del hogar, generando*

*fuertes y reiterados conflictos con mi madre y pues también con mi hermana, que entre otras cosas, se ha aliado con mi mamá para quitarle bienes a mi papá, dejándolo prácticamente sin nada, eso me entristece a pesar de no ser tan cercana a él”*

De la relación con la hermana dice que es buena, no pelean o discuten y que al contrario dialogan y hablan de sus cosas, sin embargo, cuando pide que guarde el secreto, termina contándole a su mamá; con su hermana presenta un vínculo especial dado que cuando ambas eran más pequeñas, KN ayudaba a AM a entrar a escondidas cuando salía con sus amigos a tomar alcohol y consumir drogas y sus padres arremetían contra AM, golpeándola con violencia, KN siendo más niña, interfería para que no le hicieran más daño a su hermana y también terminaba siendo golpeada.

Relata que en su vida escolar siempre se destacó por ser una estudiante aplicada, logrando obtener buenas calificaciones, sin embargo, este mismo hecho le presentó conflictos con su pares, pues siente que a raíz de eso, la criticaban y le hacían bullying por ser aplicada y por estar en sobrepeso, a raíz de esto empezó a darle valor a lo físico, tanto así que cuando pudo, decidió ir al gimnasio y operarse, hacerse la “lipo”, este deseo se exacerbó una vez terminó la relación “tóxica” con su ex pareja, con quien dice dejó grandes secuelas en su autoestima, por la violencia, abusos que vivió, manifestó haber presentado un aborto inducido, dónde su ex pareja la incitó a interrumpir el embarazo.

A la edad de 15 empezó a manifestar síntomas como reflujo y vómitos frecuentes, por el tema de la alimentación y dieta, para no ser “gorda” y cuando esto ocurre dice que se desestabiliza y se descontrola, exacerbándose cuando ha tenido discusiones fuertes con “A” (su novio), lo mismo que afectaciones en el colón.

Manifiesta que con su actual pareja discute por lo financiero, siente toda la carga de la casa puesta en ella, dado “A” no tiene flujo de dinero, debido a la inversión que ahora

mismo tiene en sus negocios personales de restaurantes, hecho que le indigna y molesta a KN, según dice porque le recuerda cómo fue su papá con ella.

Dice que siempre se caracterizó por ser selectiva al elegir a sus amigos y considera que, a pesar de eso, tiene amigos sociales y reales.

En cuanto a relaciones amorosas, no ha sido de muchas parejas y estuvo vinculada según lo relatado a una relación tóxica con quien padeció “violencia sexual y física”, hecho que la avergüenza y la hace sentir culpable. Actualmente tiene una pareja estable y la relación es opuesta a su noviazgo anterior, manifiesta tener planes de irse a vivir juntos y en la actualidad cohabitan, vale mencionar que, al principio de la misma, estuvo desconfiada de entregar sus sentimientos, por todo lo que había vivido previamente.

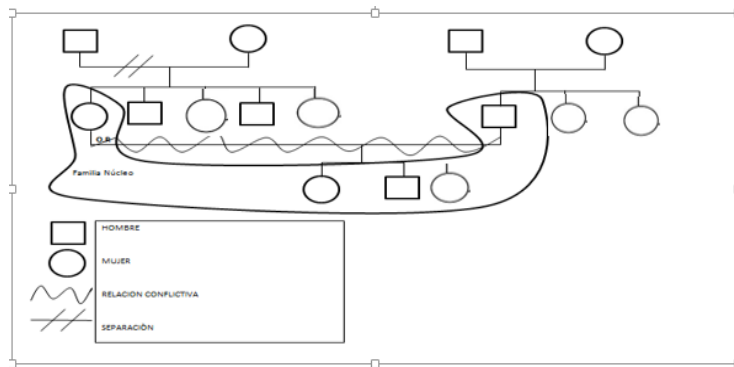
La paciente KN menciona que:

*“Frente a situaciones cotidianas, tiendo a exagerar, no me controlo y reacciono de modo poco asertivo”* dice que cuando toman sus cosas o desordenan su habitación se molesta, también su mamá entra sin permiso a su espacio. Por otro lado, menciona que con su pareja la queja constante está en que siente que él se cohíbe en el tema económico algo que le genera rabia, enojo y cuando se han enfrentado ha sido fuerte, verbalizando groserías y vulgaridades, luego siente culpa y trata de repararlo. Además, dice que el hecho de que no le pida matrimonio, es otro tema que la hace sentir mal, pese a que exista como ella aduce un compromiso serio como pareja.

Relata, además, que se centra en el valor que le ha dado a su auto-sostenimiento e independencia para cumplir sus metas, por ejemplo, finalizar la universidad gracias a su trabajo, dedicación y esfuerzo. Precisamente a nivel laboral se siente segura y satisfecha por lo que realiza, se caracteriza por ser organizada y cumplir a cabalidad sus tareas. Sin embargo, en ocasiones dice sentir angustia o temor frente a sus superiores cuando debe

asumir como anfitriona de los eventos que se han de hacer en la empresa dónde trabaja y en las reuniones donde debe desenvolverse en el idioma inglés.

#### e. Genograma



#### f. Proceso de evaluación (intencionalidad de la evaluación, pruebas aplicadas).

Mediante la entrevista clínica de corte dinámico se indaga la historia de vida del paciente, desde la evaluación, el análisis y proceso psicoterapéutico. A continuación, se establecen:

- **Entrevista inicial:** Durante este momento se recoge información general relacionada con la historia clínica de la paciente, datos de identificación, motivo de consulta, descripción sintomática, historia personal, historia familiar.
- **Entrevistas preliminares:** Este primer tiempo de las entrevistas preliminares es un tiempo en el cual el analista formulará la estrategia en relación a la transferencia y más allá de una primera evaluación diagnóstica, tiene que posibilitar: 1º La localización subjetiva o posición del sujeto con relación a sus dichos. 2º La rectificación subjetiva, es decir, la ubicación del sujeto con respecto a su queja y demanda. 3º Ubicar, más allá de la demanda, los puntos a partir de los cuales podrá formular su análisis. 4º Diferenciar determinados

significantes privilegiados y dar cuenta de su posición frente a los mismos como sujeto del inconsciente (Lacan, 1971)

– **Proceso:** En el modelo psicodinámico la focalización de los problemas, la mayor directividad en el proceso de evaluación y la brevedad de la intervención, como ya indicamos, hace que haya un tiempo para la definición diagnóstica y un tiempo para la intervención, pero, inclusive en estos casos, la evaluación no está ausente del proceso terapéutico y el proceso diagnóstico hace señalamientos de carácter terapéutico. Utiliza como método de trabajo la entrevista y las técnicas proyectivas. ( Maganto Mateo)

Se señalan las siguientes funciones yoicas:

– **Juicio de realidad:** Ubicada en tiempo y espacio, con capacidad de introspección y reflexión, con conciencia de realidad.

– **Pensamiento:** Pensamiento abstracto, coherente, capacidad de análisis y síntesis.

– **Atención y percepción:** adecuada atención y percepción.

– **Sensaciones y memoria:** adecuada.

– **Lenguaje:** Discurso lógico y coherente, a menudo con bajo y frágil tono al modular frente a hechos que la movilizan. Presenta expresión adecuada y fluida.

– **Inteligencia:** Capacidad de iniciativa e inteligencia intrapersonal.

– **Motricidad:** Sin alteración.

– **Afecto o emoción:** Con dificultad para controlar impulsos y emociones lo que le impide responder de forma asertiva frente a situaciones cotidianas, frente al estrés o bajo presión.

– **Mecanismo de defensa:** regresión, negación, aislamiento, desplazamiento y volverse contra el yo.

- **Relaciones afectivas:** Relaciones conflictivas con sus figuras parentales, denota ser estable en el vínculo con su hermana y con tendencia a la volubilidad en su relación de pareja.

- **Relaciones interpersonales:** Generalmente posee capacidad de interacción con las demás personas, demuestra empatía y se adapta con facilidad, se muestra selectiva al vincularse con el otro.

- **Funcionamiento de la vida diaria:** Tendiente al autocuidado, es capaz de verbalizar sus habilidades, destrezas y limitaciones, se autodenomina perseverante e independiente. Cumple a cabalidad sus tareas en el plano laboral, aunque en ocasiones presenta angustia o temor.

- **Sueño, trastorno del sueño:** sin alteración.

**g. Conceptualización diagnóstica (conceptualización y categorización diagnóstica)**

Neurosis obsesiva.

**h. Impresión diagnóstica**

A continuación, se establece una impresión diagnóstica de acuerdo al DSM IV- TR y la evaluación multiaxial que dicho documento propone:

**Evaluación Multiaxial**

- **Eje I. Trastornos clínicos.**

Ninguno.

**Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica**

Ninguno.

– **Eje II. Trastorno de la personalidad. Retraso mental**

F60.5 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (301.4)

– **Criterios para el diagnóstico de F60.5 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (301.4)** CIE-10

Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems: 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8.

1. Preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad.
2. Perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas (p. Ej., es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas).
3. Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuible a necesidades económicas evidentes).
4. Excesiva terquedad, escurpulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no atribuible a la identificación con la cultura o la religión).
5. Incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental.
6. Es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.
7. Adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras.
8. Muestra rigidez y obstinación.



– **Eje III. Enfermedades médicas**

Ninguno.

– **Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales.**

Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

– **Eje V. Escala de Evaluación de la Actividad Global.**

EEAG: 55 con síntomas moderados, crisis de angustia ocasionales, conflictos familiares o conyugales, con dificultades familiares y de relación.

## Descripción detallada de las sesiones (5 a 10)

### Sesión n°1

Paciente expone motivo de consulta, donde suministra elementos fundamentales en la historia personal, dice: *“...Desde hace un tiempo tengo episodios de ansiedad, he lanzado objetos cuando esto pasa, (piensa) celulares, que son míos... luego de que esto pasa, me frustro y me siento culpable. Esto con mi familia, siento que mi hermana que es allegada a mis padres, mi mamá la compara conmigo y me hace sentir mal.*

*“Con mi pareja también he tenido esto”.*

Relata: *“respondo de manera agresiva frente a ellos que me hacen sentir mal, en algún momento de mi vida, viví una experiencia que me marcó y lo ha exacerbado, el que actúe así”*

Manifestó que no tiene muy buenas relaciones con su familia en especial con su mamá y papá a diferencia del vínculo con su hermana que sí es más estable y cercano.

Reitera, los diferentes síntomas que experimenta toda vez que siente molestia: sudoraciones, intenso ritmo cardíaco, aceleración, ganas de gritar, lo llama crisis de angustia, siempre sucede cuando tengo rabia, también lanzo los objetos a mi alrededor, no me explico por qué o cómo pasa, *“simplemente lo siento y actúo así.”*

Se realiza el encuadre.

En esta primera sesión se establecen los acuerdos: horario de atención, duración de la sesión, enfoque y se lleva información a la recepción para que se programen las citas.

## Sesión n°2

Se saluda al paciente y toma asiento.

**T:** De acuerdo a lo conversado anteriormente, retomamos, adelante.

Se le indica a la paciente que continúe su relato.

**P:** Doctora, durante esta semana tuve una crisis con “A” mi novio, soy de las que terminó peleando en vez de hablar, grito y me da ira, con él frecuentemente discuto por el tema económico, siento que yo he venido asumiéndolo todo en ese aspecto, así como también por el hecho de que a pesar de que estamos comprometidos, no me ha pedido matrimonio, siento y lo ha manifestado no es algo que sea su prioridad o que defina el valor de una relación.

(Piensa) Pero, a mí sí me importa y quiero casarme con él me entristece que aún no pase y trato de entrar en discusión, pero siento que esa rabia sale de algún modo. En lo demás, estoy bien y me siento muy bien con él, ha influido de manera especial mi vida, me inspira mucho, también quién me propuso venir a psicoterapia, entre otras, cosas porque hace un tiempo también inició proceso.

Hay otras situaciones como estas me recuerda mucho a mi infancia, en la época escolar, me hacían con frecuencia bullying, se burlaban de mí, porque era muy buena en clases y además porque era “gordita” y toda mi vida me lo creí, siento mi autoestima y valor propio eran muy pobres, por eso me dediqué a entrenar mucho en el gym y a definir mi cuerpo.

¿Sabe Doctora? Pienso que termina siendo contradictorio, que antes no decía nada, enmudecía y ahora frente a hechos así, sobre todo con mi familia y novio si digo las cosas que me molestan, grito, tiro las cosas, luego siento culpa.

**T:** ¿Por qué crees que ahora sí puedes decir las cosas, aunque con molestia?, veo que siempre ha existido la dificultad. (abreacción).

**P:** (Piensa y su voz se quiebra) dice: No sé... (Silencio)... yo también me pregunto lo mismo, ¿Por qué ahora sí? Creo que, porque quiero resolver las cosas de manera distinta, retomar mi vida y tener tranquilidad, pero también me han pasado cosas que me han marcado, como te comenté aquella vez, una relación traumática con una ex pareja. (Silencio) por ahora no quiero hablar de eso.

**T:** Ujum

**P:** ... Creo que todo lo que callé desde niña, está saliendo ahora, pero creo que no de la mejor manera...

**T:** Ya podrás hablarlo en otro momento.

**P:** Sí, ahora no quiero

**T:** Ujum

Termina la sesión.

### Sesión n°3

Se hace seguir a la paciente y se realiza resumen de la cita anterior para retomar.

**P:** ¿Sabes? En esta semana me he puesto a pensar en que en mi vida, no todo ha sido malo... (Piensa), ¿Pero, cómo saberlo siendo niña cierto? Ahora, siento que he logrado grandes cosas, sobre todo a nivel laboral, me he esforzado mucho, para estar donde estoy y he sido muy independiente. (Silencio) Me ha tocado serlo, porque mi padre no me pagó mis estudios, desde muy joven he trabajado para comprarme todas mis cosas y salir adelante. (Con voz entrecortada) me duele. (Llora) me duele que mi papá no me haya ayudado, y a mi hermana sí.

*La paciente hace catarsis, con voz quebrada, se hace señalamiento del dolor y la frustración que la situación le produce.*

**P:** ¿Por qué debí asumir los estudios con mi propio esfuerzo? me duele, me toca el corazón que mi papá haya sido así (piensa) (Silencio). Estoy muy sensible con todo lo que estoy contando (Voz entrecortada)

**T:** ¿Qué siente en este momento? (Abreacción)

**P:** Siento ganas de llorar, (se toca sus manos con frecuencia), me acuerdo (Llora) me acuerdo de lo que viví... con mi ex, sufrí mucho, me golpeaba y muchas veces abusó de mí. Él consumía drogas, y se volvía loco... se llegó a convertir en un celotípico... al principio no fue así. Aunque no sé, si es que no quise darme cuenta. Y sostuve esta relación tan tóxica, para no estar sola.

(La paciente se tranquiliza y continúa su relato)

**T:** Hábleme de eso (abreacción)

**P:** Sí, para no estar sola. Porque cuando era niña, sentí el rechazo de todos mis compañeros, por ser la niña “inteligente del salón” y porque además era subida de pesa, no era gorda, pero sí bastante llenita. Entonces, creo que eso hizo que prefiriera estar acompañada con cualquiera, con una pareja. Sólo para no recordar que en algún momento fui rechazada por los demás. (Piensa)... ¿hasta cuándo podría aguantar una relación así? ... esa pregunta me la hice por mucho tiempo... (Se muestra angustiada)... Creo que esa relación, hace que con frecuencia ahora, trate mal a “A” aunque soy consciente de que son personas distintas, es imposible para mí evitarlo. Pero, estoy tratando de calmarme antes de reaccionar de manera airada, estoy aplicando con él eso y me resulta, es cuestión de esperar calmarme y evitar gritar.

**T:** ¿Airada? (Señalamiento)

**P:** Si... airada... la relación con “A”, me dio un nuevo aire, es el hombre que me merezco, me ama, me respeta y me valora. A él nunca le he contado en detalle lo que viví con mi ex... En lo sexual yo estoy ahí, pero no es fácil para mí, tener relaciones sexuales o ser seductora... me cuesta, me bloqueo a veces, él parece no notarlo, pues trato de satisfacerlo en todo, es que de verdad recuerdo el trauma por lo que pasé con mi anterior pareja. Pensar en eso, me da mucho miedo, pánico y ansiedad, es como si reviviera cuando él me tomó a la fuerza (llora).

Finaliza la sesión.

## **Sesión n°4**

(La paciente llega retrasada a la sesión)

**P:** No quería venir hoy, por eso llegué tarde... Esta semana todo estuvo bien a nivel laboral, imagínate que me toca ser anfitriona en mi lugar de trabajo, pues vienen unos jefes de la compañía, esto me da miedo, es decir, qué tal que me salga nada bien, me toca hablar todo en inglés, ¿Y si me equivoco?

**T:** ¿Y si te equivocas? (señalamiento)

**P:** (Sonríe) sí y si me equivoco y termina no yéndome mal. (Vuelve a sonreír)

**T:** (Sonríe)

**P:** Con respecto a mi familia tuve un altercado, con mis padres y hermana me siento asfixiada, siento que no me dejan respirar, en realidad fue con mi mamá, ella dice que no permanezco mucho en la casa (el domingo) En realidad no me gusta estar allí, me aburro, prefiero salir y tomar aire... Siempre es lo mismo, es repetitivo, monótono.

**T:** Y de eso es lo que estas cansada (Señalamiento)

**P:**(Silencio). Si, ya no quiero más de lo mismo. Ya no soporto más, estuve pensando y ya no quiero más tratar de resolver las cosas con ellos, porque es algo que sé que se va a repetir, siempre.

**T:** Le molesta que las cosas se estén repitiendo, pero parece ser que no hace mucho para recibir respuestas diferentes, por eso se repite una y otra vez. (Confrontación).

**P:** Sí, ya no quiero hacer algo, que luego va a terminar igual, por eso creo que ya no será tan distante la fecha para irme a vivir con "A" creo que eso mejoraría las cosas, el irme de la casa.

**T:** ¿Qué pasaría? (se busca conocer la fantasía sobre la pérdida) Abreacción.

**P:** Puede ser que esté mejor, sobre todo por mi tranquilidad, aquí en casa no me siento bien, aunque no puedo negar que son mis padres y que me harán falta. Y mi hermana por supuesto que también, porque con ella hablo y siempre comparto, pero me quiero ir, más aún porque quiero establecerme con “A” construir familia.

Me llevaré todas mis cosas de mi habitación, las que me he comprado. Las iré sacando de aquí, poco a poco. Como siempre he dicho, irme de aquí, me serviría mucho para cambiar de aire, porque siento que me asfixio. Espero que me vaya bien con “A”, me daría miedo fracasar.

**T:** Asfixiarse ha sido reemplazado por un elemento de angustia, que además se exagera con el hecho que su padre y madre le llamen la atención por algo, ¿Qué otro elemento asocia al miedo? (interpretación, interpretación, abreacción).

**P:** ... El quedarme sola, que las cosas no funcionen bien con A y que también no pueda influir sobre las decisiones en mi familia. Bueno, aunque en realidad la que tiene ese lugar mayormente privilegiado es mi hermana.

**T:** Puede que tengas miedo a perder el control en la familia, esto da miedo.  
(Confrontación)

**P:** ... Puede ser, porque siempre que tiendo a molestarme o a gritar por algo que no me gusta, hace que ellos, mis padres terminen escuchando mis quejas y de alguna forma tomo control de lo que pasa.

**T:** Ujum

**P:** Pero, creo que ya puedo asumir parte de mi responsabilidad, porque no todo es mi culpa.



## Sesión n°5

Adelante, puede sentarse.

**P:** He tenido últimamente una afección en el colón se me ha activado el dolor siento que por los continuos percances con mi familia y tiene que ver con la cancelación de un crédito de estudios. Sucede que hace un tiempo asumí un crédito porque mi papá no me ayudó con la universidad... afortunadamente ya se debía una cuota que cancelé, pero eso me revolvió todas las cosas por las que discutía y sigo reclamándole a ellos, en especial a mi padre”

**T:** Hable de esa afección (Abreacción)

**P:** Sí, siento que cada vez que tengo problemas, esa parte de mi cuerpo sufre, es como si se activara, eso hace que consuma un tipo de alimentos específicos y comida balanceada. He presentado reflujo, a veces me induzco el vómito, luego me siento culpable y para compensarlo voy al gimnasio y entreno fuertemente. (Pausa) Sabes, ahora que recuerdo, también tuve un sueño raro.

**T:** Hable de eso (Abreacción)

**P:** (Piensa) soñé que era de noche, yo estaba en la calle sola y descalza. Corría porque había un incendio. No entendía qué pasaba... me alejé de ese fuego... Luego, aparecí en otro lugar... y no me vas a creer lo que terminó pasando yo había sido la que lo ocasionó, cuando encendí los fósforos y accidentalmente cayeron en las cortinas, mientras mis padres y hermana terminaron quemados, durmiendo. (Lo dice con culpa) ¿Qué pudo haber sido?

**T:** Parece ser que el sueño apunta a realizar los deseos inaceptables y conflictivos tales como aniquilar a sus padres y hermana, disfrazándolos con el hecho de no se dio

cuenta de que ocasionaría el incendio, porque fue un accidente. Al no existir ellos, resultaría fácil para usted vivir. (Interpretación)

**P:** (Silencio) (Piensa) (Asintió) creo que sí, descansaría si ellos no se metieran en mis cosas.

**T:** ¿En qué otro momento ha sentido esto?

**P:** (Piensa) También cuando estoy muy ansiosa, cuando recuerdo lo que viví con mi ex.

Cuando me golpeó y casi me ahorca, me estaba asfixiando, yo creí que iba a matarme... Lo peor es que su mamá trataba de ayudarme y él me maltrataba, mientras abusaba de mí, trancó la puerta. Su mamá de otro lado no hacía más que gritar, que por favor me dejara, que no fuera a hacer más daño... (Silencio)

Fueron tantas cosas las que pasaron ese día, que no las recuerdo... Pero yo las pienso todo el tiempo, algunos momentos creo que fue una pesadilla y eso no me ayuda a recordar.

**T:** Podría ser difícil recordarlas por el dolor que esto representa, nos vemos en la próxima sesión.

## Sesión n°6

Adelante, puede sentarse.

**P:** Últimamente me he sentido muy bien, a nivel laboral esta semana estuvo todo tranquilo y la relación con A marcha bien. Pero, por otro lado, me he dado cuenta de que... (Piensa) (Retoma) Me he dado cuenta de que me parezco mucho a mi mamá, bastante en la forma de ser. Me puse a observar el trato de ella para con mi papá y es muy parecido al mío hacia A, controladora, organizada e impaciente. Definitivamente, que lo aquello que uno más critica es a lo que se termina uno pareciendo”

**T:** Ujumm

**P:** Soy tan parecida a mi mamá y de qué manera... No puedo ver a “A” sentado, sin hacer nada, porque lo pongo a hacer algo, lo molesto con una y otra cosa, así es mi mamá con mi papá, pese a que viven juntos, pero no como pareja, le jode la vida por todo, le gusta demasiado el orden, que todo esté en su puesto y limpio. Bueno mejor dicho ella y mi hermana.

Creo que cuando me vaya a vivir con “A”, creo que le diré a mi papá que se vaya con nosotros, por un tiempo, mientras se estabiliza económicamente, pues como te dije, mi mamá y mi hermana lo han dejado prácticamente sin nada.

**T:** Hable de eso (Abreacción)

**P:** Sí, mi mamá y mi hermana se alían para hacer sentir mal a mi papá. Mi hermana es abogada y si le contara Doctora... Ella y mi mamá le terminaron quitando varias propiedades a mi papá a tal punto de dejarlo sin nada, hasta la pensión pasó a ellas y todo porque mi hermana lo puede hacer por su profesión. A pesar de que tengo resentimiento en algunas cosas hacia mi padre, no me gusta lo hacen.

**T:** ¿Qué piensa de eso? (interrogar)

**P:** Pienso que no está bien, no es justo, mi padre no es tan malo, así como “A”, mi novio no es malo, obviamente tiene sus defectos, pero no es malo... Y creo que ahora que me doy cuenta que no merece que lo trate mal, todas las veces que lo he hecho.

**T:** Ujum.

**T:** Podemos revisar esto en la próxima sesión, nos vemos.

Finaliza la sesión.

### **Marco conceptual de referencia.**

Es importante señalar que el psicoanálisis es una de las teorías con mayor reconocimiento en el campo clínico, debido a su alta producción teórica (Maganto (s, f), Nasio, 2007; Brainsky, 1996, 2003; Eidelberg, 1968; Erikson, 1950; Fenichel y Rangell, 1995; Ferenczi y Rank, 1925; Freud, 1896; Kolb y Noyes, 1992; Lacan, 1971; Laplanche y Pontalis, 1996; Winnicott, 2005 Gerardus van der Leeuw (s.f)) y en lo relacionado a cómo este enriquece las producciones investigativas en las áreas de la infancia y la adolescencia (Bustos y Russo, 2018; Mass y García, 2018; Mass, 2017; Mass y García, 2017; Bustos, 2017, 2016; Zabaraín, Quintero, y Russo, 2015; Mass, 2014, 2013, 2011; Russo, 2014; UNESCO, 2014; Gómez, 2013; Benjet, 2009; Russo y Galindo, 2008; Winnicott, 1951) No tan sólo en lo referido a las estructuras de personalidad en el campo de la psicopatología en la población adulta, como inicialmente lo planteó Sigmund Freud (1922{1923}) contiene los siguientes tres aspectos:

A) Un método de investigación que consiste esencialmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias (sueños, fantasías, delirios) de un individuo. Este método se basa principalmente en las asociaciones libres del sujeto, que garantizan la validez de la interpretación. La interpretación psicoanalítica puede extenderse también a producciones humanas para las que no se dispone de asociaciones libres.

B) Un método psicoterápico basado en esta investigación y caracterizado por la interpretación controlada de la resistencia, de la transferencia y del deseo. En este sentido se utiliza la palabra psicoanálisis como sinónimo de cura psicoanalítica; ejemplo, emprender un psicoanálisis (o un análisis).

C) Un conjunto de teorías psicológicas y psicopatológicas en las que se sistematizan los datos aportados por el método psicoanalítico de investigación y de tratamiento.

(p.316)

Laplanche y Pontalis (1971) en *Diccionario de psicoanálisis*, referentes del psicoanálisis en el mundo, sostienen que:

(...) en psicoanálisis se habla de conflicto cuando, en el sujeto, se oponen exigencias internas contrarias. El conflicto puede ser manifiesto (por ejemplo, entre un deseo y una exigencia moral, o entre dos sentimientos contradictorios) o latente, pudiendo expresarse este último de un modo deformado en el conflicto manifiesto y traducirse especialmente por la formación de síntomas, trastornos de la conducta, perturbaciones del carácter, etc. El psicoanálisis considera el conflicto como constitutivo del ser humano y desde diversos puntos de vista: conflicto entre el deseo y la defensa, conflicto entre los diferentes sistemas o instancias, conflictos entre las pulsiones, conflicto edípico, en el que no solamente se enfrentan deseos contrarios, sino que éstos se enfrentan con lo prohibido. Desde sus comienzos, el psicoanálisis descubrió el conflicto psíquico y rápidamente hizo de éste el concepto central de la teoría de las neurosis. Los Estudios sobre la histeria (*Studien über Hysterie*, 1895) describen cómo, en el curso de la cura, Freud encuentra, a medida que se aproxima a los recuerdos patógenos, una resistencia creciente (véase: Resistencia); esta resistencia no es más que la expresión actual de una defensa intrasubjetiva contra las representaciones que Freud califica de incompatibles (*unverträglich*). A partir de 1895-1896, esta actividad defensiva se reconoce como el principal mecanismo en la etiología de la histeria (véase: Histeria de defensa) y se generaliza a las restantes «psico-neurosis», que entonces reciben el nombre de «psiconeurosis de defensa». El síntoma neurótico se define como el resultado de una transacción o compromiso entre dos grupos de representaciones que actúan como dos fuerzas de sentido contrario, y ambas de forma igualmente actual e imperiosa: «[...] el proceso aquí descrito: conflicto, represión, substitución bajo la forma de formación de compromiso o transaccional, se repite en todos los síntomas psiconeuróticos» (1). De un modo todavía. (p. 101)

De acuerdo con la teoría psicoanalítica existen 3 estructuras que determinadas por la vida anímica, sobre las que Eidelberg (1968) sostiene:

*Neurosis*: El término neurosis se refiere a un grupo de enfermedades mentales menores, en comparación con la psicosis, en el que se destacan los trastornos subjetivos. Las neurosis se distinguen positivamente por la presencia constante de la angustia y por la utilización masiva de mecanismos defensivos contra esta, que devienen rígidos y obsoletos. A pesar del estrechamiento del campo vital de las inhibiciones y de los síntomas, el paciente no rompe masivamente con el entorno y puede mantener una adaptación social aceptable, aunque limitada y poco creativa.

La neurosis puede manifestarse en términos de:

- Síntomas físicos.
- Síntomas psíquicos.
- Estructura de carácter, una forma de ser abierta o soslayadamente rígida.

Para que se produzca una neurosis se requieren dinámicamente tres condiciones básicas:

1. Que se reactive un deseo infantil erótico u hostil, prohibido, desencadenado por vivencias actuales.
2. Que el yo movilice defensas (represión) contra estos derivados instintos renovados.
3. Que esta defensa (represión) no sea totalmente exitosa, lo cual lleva al constante “retorno de lo reprimido” y a la necesidad de poner en marcha nuevas defensas. (p. 197)

Simón Brainsky en su libro *Manual de psicología y psicopatologías dinámicas* cita a Freud (1986) en su texto *Nuevas observaciones sobre la neuropsicosis de defensa* refiere que la neurosis y en particular neurosis obsesiva comprende un proceso de organización constitucional:

Los sucesos que dan origen a la neurosis obsesiva y al carácter el que se estructura, se desarrollan en un primer período relativamente libre de moralidad. En una segunda etapa, el recuerdo de los actos placenteros se enlaza a reproches y se reprimen y se sustituyen por un síntoma, tal como vergüenza, escrúpulos, desconfianza, que inician un tercer período que corresponde a la defensa exitosa

(éste el único ejemplo que Freud expone de una reprensión que, al menos temporalmente, es totalmente exitosa) Eventualmente, la represión fracasa y surgen, en forma franca, los recuerdos y fantasías desencadenados por algún suceso actual (p. 78)

Simón Brainsky, sostiene que: “El carácter obsesivo es, a menudo, particularmente rígido, al punto de constituir una verdadera coraza caracterial.” Por lo que el carácter obsesivo se distingue así:

1. Parsimonia.
2. Necesidad de control que se convierte en la razón de ser de la vida del paciente y que se entrelaza con la adquisición en términos de desarrollo y relaciones sociales, del dominio de los esfínteres. Así, pues, el obsesivo tiene que zonificar su vida en áreas pequeñas y compartimentalizadas que pueda manejar con facilidad relativa, sin exponerse a la pérdida del control. Esto limita su vida y sus potencialidades creativas.
3. La meticulosidad, el orden preciso para cada una de sus actividades también se relacionan con el estricto control.
4. El obsesivo tiende a oscilar entre extremos de despilfarro y de tacañería, con marcado predominio de esta última.
5. La pulcritud excesiva traiciona, sin embargo, su carácter de formación por lo contrario; en medio de la limpieza casi elegante, la persona puede descuidar una prenda íntima, que se transforma en el representante condensado del instinto anal prohibido.
6. Oscilaciones entre el sadismo (ligado en su origen a la musculatura estriada y al dominio esfinteriano) y la sumisión exagerada.
7. Coleccionismo que, entre otras cosas, tiene la connotación de pruebas de inocencia frente a los reproches y acusaciones del superyó. Se liga también al deseo de poseer que, a su vez, se entreteje con el de dominar.
8. El campo de la batalla en el cual se debaten los conflictos del obsesivo es el pensamiento, muy frecuentemente asociado a la duda, reflejo de una intensa



ambivalencia. En muchas ocasiones, el pensamiento se refiere a temas pseudometafísicos nebulosos y acompañados de dudas dolorosas (rumiación)

9. La moral del obsesivo es frecuentemente genuina e insobornable; sucede, empero, que en numerosas ocasiones es demasiado rígida y asfixiante para el paciente y para quienes lo rodean, bajo la égida de un superyó implacable, que no hace la menor concesión.

10. El yo del obsesivo tiene su punto de fijación en la etapa fálico-edípica, la libido, sin embargo, a la etapa anal. Esto determina una modalidad funcional escindida por medio de la cual emana un yo precozmente desarrollado frente a una instintividad regresiva, lo cual se refleja en los mecanismos de intelectualización-racionalización, y en el hecho de que el obsesivo elabore su mundo a través del pensamiento. Además de la regresión y la formación reactiva, las modalidades defensivas tienen que ver con la separación de la idea y el afecto (aislamiento) y anulación. (p. 79-80).

Así mismo, se reconoce el momento evolutivo y con este las progresiones, regresiones y fijaciones que lo acompañan. Simón Brainsky (1986) en su libro *Manual de psicología y psicopatologías dinámicas* cita a Fenichel & Rangell (1995):

La fijación puede describirse como un conjunto de manipulaciones defensivas inconscientes, por las cuales ciertos aspectos de la unidad biopsicológica permanecen estacionarios en alguna o algunas de las etapas del desarrollo de la personalidad. Ahora bien, el ser humano no se desarrolla en forma completamente homogénea. Las fijaciones se pueden traducir clínicamente en síntomas físicos, psíquicos o en rasgos de carácter que en un momento dado aprisionan, por así decirlo, las posibilidades de enriquecimiento de la personalidad. (p.166)

Fenichel & Rangell (1995) consideran tres determinantes básicos para la fijación, que como se ha indicado, cumple un papel determinante en la constitución de una neurosis:

1. *Falta de gratificación:* en una determinada etapa del desarrollo: así, si un niño no logra incorporar la confianza básica, objetivo primario de la etapa oral, pasa a la etapa subsiguiente con menos armas y más dificultades para resolver las nuevas metas, lo cual determina una situación carencial en relación con su propia existencia.

Frieda Fromm (1974) señala cómo las fijaciones más tempranas tienen un efecto mucho más severo, ligado a lo esquizoide y a lo esquizofrénico, que aquellas que se producen en las fases posteriores del desarrollo: en primer término, el yo es más vulnerable cuanto más temprano se lesione; en segundo lugar, las dificultades carenciales en la etapa oral acortan el único período de la vida en que el niño, según Frieda Fromm, goza de una seguridad casi completa, lo que altera su capacidad para almacenar confianza frente a las futuras dificultades de la vida.

2. *El exceso de gratificación* en una etapa del desarrollo a la luz de la tercera teoría instintiva. Cabe aclarar este planteamiento: si por exceso de gratificación se entiende exceso de amor, se estaría concepto de amor. Se debe intentar discriminar claramente entre el cariño y la sobreestimulación y la sobreprotección. En este sentido, la fijación dependería del odio, de lo tanático. Lo erótico no tiene por qué producir fijaciones. Winnicott (Winnicott, 2005) señala como básicos en el desarrollo lo que denomina “momentos de ilusión”, en los que el deseo del seno corresponde efectivamente plano, lo que llama “madre suficientemente buena” que es aquella que permite que el niño “aprende a estar solo”. Así, pues, de la misma forma en que la ausencia es siempre sentida como una presencia agresiva, la sobreprotección constituye, en últimas, una vivencia carencial.

3. El que la satisfacción específica de una etapa determinada se convierta en un mecanismo demasiado eficaz para manejar la ansiedad. Por ejemplo, la gratificación oral no se refiere tan sólo al comer, sino que, antes bien, la descarga oral puede obtenerse a través de descargas musculares, caricias, movimiento, miradas, etc. Si la “díada” madre-bebé acostumbra a resolver las ansiedades siempre mediante la comida o sustitutos, tales como el chupo, la fijación

se relacionará con la ingestión de alimentos frente a cualquier tipo de problemática.  
(p.166-167)

Se puede ver que las fijaciones se configuran por la falta y exceso de gratificación en un determinado momento del desarrollo y en el particular caso, se define la etapa anal como génesis de la organización psíquica de la paciente:

El concepto de etapa anal *en el manual de psicología y psicopatología dinámicas* de Simón Brainsky (1986) es definido como:

El tránsito de la etapa oral a la anal está determinado, desde el punto de vista de la maduración, por el proceso de la mielinización y las fantasías y objetos concomitantes. La complementación de la mielinización, que ocurre cerca de los dos y medio años de vida, implica que el niño puede, a nivel cortical, regular esfínteres; también tiene otras connotaciones: adquiere la estación bípeda y refuerza el equilibrio, lo cual significa que su entorno y su medio ambiente se amplían enormemente y, por lo tanto, tiene que desarrollar nuevas adaptaciones para poder manejar y controlar el mundo que lo rodea.

Durante la etapa anal no desaparecen las pulsiones instintivas que provienen de la fase oral anterior. Existe una continuidad *epigenética* (Erikson, 1950) lo anal proviene de lo oral, que adquiere, entonces, un significado nuevo, centrado en las funciones de la excreción y retención y se continúa hacia lo fálico-edípico, subordinado, ahora, a las metas de esta etapa.

La zona erógena básica de esta fase es la mucosa del ano y el placer instintivo central está dado primeramente por el paso del bolo fecal a través del esfínter anal para la expulsión, y posteriormente para la retención.

El objetivo fundamental de esta etapa es el control, o sea: control de esfínteres, control de sí mismo, control de los objetos, control social.

El acto de expulsión de la materia fecal o de su retención constituye el patrón de una serie de fantasías, modalidades de relación interpersonal y mecanismos adaptativos... Parte del valor que tienen las materias fecales se relacionan con la

actitud que tiene los padres hacia las deposiciones del niño y con los mecanismos de manejo social, obediencia y rebeldía.

Hay también lazos entre lo anal y el dinero. El bolo fecal constituye el primer modelo de posesión. Dinámicamente, una posesión es algo, visto en el afuera, que características del propio yo (Fenichel & Rangell, 1995)

Así, pues, para el inconsciente, oro, dinero y materias fecales son una sola y misma cosa.

La transición de la primera a la segunda etapa anal (retentiva) constituye un buen ejemplo de cómo una modalidad instintiva a la cual se escapa se transforma en sí misma, en una nueva fuente de placer (...) El niño retiene, entonces, por angustia y miedo, pero esta retención se libidiniza secundariamente con el ingrediente adicional del placer derivado de lo furtivo y secreto.

El control basado en la segunda etapa anal es más sutil y se estructura más sobre la base de la retención, la persona con carácter obsesivo presenta una disociación entre un yo precozmente desarrollado y una regresión en la libido retorna a la etapa anal.

La duda se relaciona con la ambivalencia y los conflictos inconscientes que representa constituyen ediciones especiales de cuestionamientos generales, tales como masculinidad frente a feminidad (bisexualidad) amor-odio y demandas del ello frente a las exigencias de la conciencia moral (Fenichel & Rangell, 1995)

Asimismo se observa que el paciente obsesivo hace preparativos constantes para un futuro y rara vez vive plenamente el presente por temor a “lo de verdad”, pues simultáneamente tiende a vivenciar el pensamiento como si fuera la acción (omnipotencia del pensamiento)

Durante la etapa anal se vuelve muy importante lo que Ferenczi (Ferenczi y Rank, 1925) denominó “La moral esfinteriana”, basada en el correo, el temor al castigo y los precursores del superyó: el asco, el pudor y la vergüenza.

La fijación en la primera etapa anal se relaciona con lo paranoide y lo obsesivo más rudimentario. La fijación en la segunda etapa anal se liga con la neurosis obsesivo-compulsiva y la estructura de personalidad obsesiva (Bransky, 1986, p. 189-194)

Por otro lado, el complejo de Edipo también juega un papel importante en la constitución psíquica, y en especial en la consolidación de una neurosis. En palabras de Juan David Nasio (1964) el complejo de Edipo es:

1. Una llamarada de sexualidad vivida por un niño de cuatro años en el corazón de la relación con los padres.
2. Una fantasía sexual forjada inocentemente por el niño o la niña para calmar el ardor de su deseo.
3. También es la matriz de nuestra identidad sexual de hombre y mujer, pues es precisamente durante la crisis edípica que el niño experimenta por primera vez un deseo masculino o femenino respecto del padre del sexo opuesto.
4. Es, además, una neurosis infantil, modelo de todas nuestras neurosis de adultos.
5. Es una fábula simbólica que pone en escena a un niño que encarna la fuerza del deseo y a sus padres que encarnan tanto el objeto de ese deseo como la prohibición que lo refrena.
6. Es la piedra angular del psicoanálisis. Es el concepto soberano que genera y ordena todos los demás conceptos psicoanalíticos y justifica la práctica del psicoanálisis.
7. Finalmente, es el drama infantil que todo analizante vuelve a representar en el escenario de la cura tomando como pareja a su psicoanalista. (p.22)

El atravesamiento del complejo de Edipo busca la renuncia a las figuras parentales como objetos de amor y la incorporación de los padres como objetos de identificación, por tanto, es importante definir el concepto de elección de objeto, de acuerdo con Laplanche y Pontalis, (1971) en el *Diccionario de psicoanálisis* “acto de elegir a una persona o un tipo de persona como objeto de amor. Se distingue una elección de objeto infantil y una elección de objeto puberal; la primera marca el camino para la segunda” (p. 109).

Según Freud, la elección de objeto se efectúa según dos modalidades principales: el tipo de elección de objeto por apoyo y el tipo de elección de objeto narcisista. Freud

introdujo la expresión «elección» de objeto en los *Tres ensayos sobre la teoría de la sexualidad* (*Drei Abhandlungen zur Sexual-theorie*, 1905); ha seguido siendo de uso corriente en psicoanálisis.

Objeto (*véase esta palabra*) debe tomarse aquí en el sentido de objeto de amor.

En cuanto a la palabra «elección», no debe tomarse en un sentido intelectualista (Elección entre diversas posibilidades igualmente presentes), como tampoco en la expresión «elección de la neurosis»\*. Evoca lo que puede existir de irreversible y determinante en la elección por el sujeto, en un momento decisivo de su historia, de su tipo de objeto amoroso.

En los *Tres ensayos* Freud habla también de *Objektfindung* (descubrimiento o hallazgo del objeto). Observemos que la expresión «elección de objeto» se emplea para designar, ora la elección de una persona determinada (ejemplo: «su elección de objeto recae sobre su padre»), ora la elección de cierto *tipo* de objeto (ejemplo: «elección de objeto homosexual»). (Laplanche y Pontalis, 1971, p.109)

Para Freud, en las Obras completas, la sexualidad en la etiología de las neurosis, señala que los elementos constituyentes de la personalidad se destacan dos tipos, que configuran la primera de una conjunción de agentes que el autor denomina “series complementarias” temática referenciada por Simón Brainsky (1986) en su libro *Manual de psicología y psicopatologías dinámicas*:

El primer agente está determinado por lo constitucional, conformado por dos tipos de elementos básicos:

Lo genético, que se conforma en el ser humano en el momento de la unión de la esperma y el óvulo vale decir, el mapa genético.

Lo innato: que, sin depender directamente de lo genético, nace con el niño.

El aprendizaje, la identificación, el ambiente, el modelo social troquelan el segundo agente. (p. 37-38)

De acuerdo a Kolb y Noyes (1992) la vinculación afectiva con las figuras paternas definirán las formas de relaciones interpersonales, desde las interacciones adecuadas y significativas hasta las traumáticas, autores citados en el texto de Simón Brainsky (1986)

*Manual de psicología y psicopatologías dinámicas:*

La teoría psicoanalítica concede especial importancia a las primeras relaciones interpersonales, a los primeros patrones de interacción humana, que se convertirán en el modelo de la relaciones posteriores; no minimiza, en manera alguna, las influencias ulteriores; sin embargo una experiencia traumática temprana, tal como el abandono prematuro de la madre, tendrá más influencia negativa en el yo más frágil y menos estructurado del lactante (Kolb & Noyes, 1992)

Así mismo, la relación satisfactoria en los primeros meses de la vida proporciona al niño un reservorio de seguridad, que le será necesario para manejar las vicisitudes de la existencia. (Arango) (p. 38)

Por otro lado, es clave incluir el concepto de personalidad el cual es complejo y constituye el resultado de una serie de factores de orden genético, ambiental, social, relacionados con el aprendizaje y la identificación con las primeras figuras significativas del niño y de éstas últimas dependen las formas de relacionamiento con los demás, así como la utilización de los mecanismos de defensa que son definidos:

Los mecanismos de adaptación o de defensa se pueden definir como procedimientos inconscientes intra e interpsíquicos, de los cuales se vale el yo para:

1. Disminuir las tendencias opuestas de diferentes agencias de la personalidad.
2. Manejar la ansiedad resultante del conflicto intrapsíquico y sus repercusiones en relación con los demás.
3. Disminuir las frustraciones.

4. Preservar la autoestima.
5. Adaptarse a la realidad, e incluso modificarla y hacerla más tolerable.

En realidad, cualquier cambio interno supone una modificación en la forma de relacionarse con los objetos externos y el mundo, y cualquier modificación externa se acompaña inevitablemente de cambios intrapsíquicos. Se trata, pues, de la predominancia de una u otra modalidad.

Todos los mecanismos que se van a estudiar pueden ser adaptativos, defensivos a nivel neurótico o francamente patológicos a escala psicótica, con la única excepción de la sublimación que, por definición, es siempre adaptativa.

Ningún mecanismo es patológico en sí mismo y ninguno se utiliza aisladamente. Lo adaptativo o lo defensivo depende de:

1. *La masividad* con que se emplee. Por ejemplo, la proyección es una forma de encontrar el mundo. Si su uso rebasa las capacidades del yo se rompe cualquier posibilidad de distinguir el adentro del afuera (reality testing)
2. *La esterotipación*, que se refiere a mecanismos o grupos de mecanismos. De esta forma, el niño apela, frente a la problemática que le plantea su relación con la pareja de los padres, al conjunto de mecanismos que estructura la defensa fóbica normal y fisiológica, en este momento de su existencia.
3. *La especificidad*, o sea, el que la persona madura y como tal creativa confronta situaciones nuevas con soluciones que si bien y, como es obvio, están teñidas por las vivencias de su propio pasado, tienen algo que corresponde a la nueva situación. El paciente vivencia y se comporta frente a las figuras de autoridad como si fuera un niño desvalido en un mundo de adultos gigantes. Mientras más sano un ser humano, mayor la riqueza de mecanismos que pueden movilizar en un momento dado.

La defensa, como lo señala Van der Leeuw (s.f) se clasifica en sucesión como:

1. Una función.
2. Anticategorías (contracargas)
3. Un mecanismo.
4. Una organización defensiva.



5. En su relación con la adaptación y el desarrollo (p. 135-137)

El lugar de lo biológico no es desconocido en la teoría psicoanalítica, dado que explica las predisposiciones del individuo, desde su constitución genética y que es señalado por Brainsky (1986):

En otro aspecto, la teoría psicoanalítica no niega ni minusvalora la importancia de la determinación genética; pero tenemos pocas posibilidades de modificar el mapa genético de un paciente neurótico o psicótico y el énfasis pragmático natural se hace sobre la distorsión aprendida, dado que sobre ella se puede actuar con probabilidades moderadas del cambio constructivo, ya que la evolución dinámica de un ser humano no se detiene en los primeros años de la vida, si bien estos están revestidos de una fundamental importancia. (p. 38)

## **Análisis del caso (descripción e interpretación)**

### **Neurosis obsesiva:**

Del presente caso, podemos pensar que corresponde a una estructura neurótica de carácter obsesivo, partiendo de la organización de la personalidad, los conflictos y el lugar que asume la paciente a nivel laboral y frente a su pareja. De acuerdo a Laplanche y Pontalis (1986) la neurosis se distingue “por un tipo de pensamiento caracterizado especialmente por la rumiación mental, la duda, los escrúpulos, y que conduce a inhibiciones del pensamiento y de la acción”

Es recurrente apreciar en las sesiones las frecuentes preguntas de la paciente con relación a su manera de manifestar su molestia, enojo o rabia; aspectos tendientes a confirmar el carácter obsesivo de su organización psíquica, su lugar, cómo enfrenta la realidad con todo lo que esta trae. Su discurso se centra en el conflicto con la pareja, que remite al complejo de Edipo y la relación con los padres, explicando la génesis de su conflicto actual y el organizador de la vida psíquica de la paciente y que responde a su posición frente a relación con el otro, además de la imagen que tiene de sí misma. Por tanto, se evidencia que el conflicto no es actual en la medida en que no se configuró en la adultez, sino que su impacto actual esta sostenido por la organización infantil.

### **Elección de objeto:**

De acuerdo a esta variable, se referencia a S. Freud, que la evoca como lo que puede existir de irreversible y determinante en la elección por el sujeto, en un momento decisivo de su historia, de su tipo de objeto amoroso. Y que en el caso, se refleja a partir de las similitudes que la pareja tiene con la figura paterna de la paciente, así como también, desde la identificación con la madre. Podemos pensar que tal elección es de tipo anaclítico o de apoyo, pues “el objeto de amor se elige sobre el modelo de las figuras parentales, en tanto que éstas aseguran al niño alimento, cuidados y protección. Tiene su fundamento en el hecho de que originariamente las *pulsiones* sexuales se apoyan en las *pulsiones* de autoconservación” Laplanche y Pontalis (1986, p.109)

En el caso se evidencia cómo la relación de los padres, se desplaza a la dinámica de la paciente con su pareja, en las quejas reiterativas centradas en la solicitud de matrimonio, temas de convivencia o de índole económico, este último aspecto la indigna y molesta, según dice porque le recuerda cómo fue su papá con ella.

## Análisis de las variables

De acuerdo a *Laplanche y Pontalis* la neurosis se distingue “por un tipo de pensamiento caracterizado especialmente por la rumiación mental, la duda, los escrúpulos, y que conduce a inhibiciones del pensamiento y de la acción” Es recurrente apreciar en las sesiones las frecuentes preguntas de la paciente con relación a su manera de manifestar su molestia, enojo o rabia; aspectos tendientes a confirmar el carácter obsesivo de su organización psíquica, su lugar, cómo enfrenta la realidad con todo lo que esta trae. Su discurso se centra en el conflicto con la pareja en apariencia actual, pero que se sostiene en la organización infantil, lo cual se remite al complejo de Edipo, a la relación con los padres que explican la génesis de su conflicto actual y el organizador de la vida psíquica de la paciente y que responde a su posición frente a la relación con el otro.

En el caso vemos:

*“Desde hace un tiempo tengo episodios de ansiedad, he lanzado objetos cuando esto pasa, celulares que son míos (Piensa) luego de que esto pasa, me frustró y me siento culpable. Esto con mi familia, siento que mi hermana que es allegada a mis padres, mi mamá la compara conmigo y me hace sentir mal, con mi pareja también he tenido esto”.*

También aparece los imagos parentales cuando logra reconocer el parecido que tiene con la figura materna (madre) en los rasgos tales como: controladora, organizada e impaciente.

La historia personal de la paciente, la forma en la que aparecen sus síntomas y cómo estos van irrumpiendo en cada aspecto de su vida, al mismo tiempo la continua preocupación *por el compromiso* con su novio y su deseo de formalizarlo a través del

*matrimonio*, donde es incuestionable una posición reactiva, toda vez que no lo consigue, además de expresar sentimientos incontrolables de culpa, de verificación, obsesión por el orden y la limpieza:

En la paciente es común evidenciarlo cuando dice que se molesta porque su mamá y/o hermana tomen sus objetos personales o desordenan su habitación y si entran sin permiso, vale mencionar, que esto la hace sentirse invadida, atrapada cuando los demás “toman sus cosas”, el no tener el control en esto, es lo que le genera malestar. Con su pareja es muy frecuente el hecho de molestarse, cuando “A” no colabora en los temas de la organización del apartamento, cuando recoge su desorden, saca la basura, etc. Sin embargo, conforme avanzó la psicoterapia, menciona que lograron establecer un acuerdo horarios y tareas en el hogar para resolver este tema que sin lugar a dudas incide en su convivencia. Así como, también con su padre, con quién con frecuencia se molestaba porque veía TV en la sala y se levantaba a hacer otras cosas y dejaba el electrodoméstico encendido; antes de salir de casa es reiterativo el asegurarse de que todo estuviera bien cerrado, por seguridad.

En el caso:

*“Frente a situaciones cotidianas, tiendo a exagerar, no me controlo y reacciono de modo poco asertivo”* para la paciente era muy usual desestabilizarse frente a situaciones en apariencia insignificantes, como las expuestas anteriormente.

*“Me frustro y me siento culpable (...)”*

*“Pienso que termina siendo contradictorio, que antes no decía nada, enmudecía y ahora frente a hechos así, sobre todo con mi familia y novio si digo las cosas que me molestan, grito, tiro las cosas, luego siento culpa”*

Por otro lado, menciona que con su pareja la queja constante está, en que siente que él se cohíbe en el tema económico algo que le genera rabia, enojo y cuando se han

enfrentado ha sido fuerte, verbalizando groserías y vulgaridades, luego siente culpa y trata de repararlo. Además, dice que el hecho de que no le pida matrimonio, es otro tema que la hace sentir mal, pese a que exista como ella aduce un compromiso serio como pareja. El no poder sentirse en control de la situación que experimenta con su pareja, la hace perder la tranquilidad, es agresiva con él, en tanto no logra “manejar” o “controlar” lo que eso le genera. Por eso es muy usual, que hechos insignificantes en apariencia, la desestabilicen pues terminan irrumpiendo su rutina. El superyó actúa como especie de juez interior, ejerciendo funciones de monitoría. En la paciente, se puede apreciar que logra tener conciencia del sentimiento de culpa o malestar por algo sentido como prohibido ha hecho y a su vez, un elemento inconsciente cuando dicha culpa la impulsa a ser sancionada o castigada por ello.

En esta estructura el objetivo es el control, o sea: control de sí mismo, control de los objetos, control social, así mismo, es muy común la presencia de componentes agresivos que pueden estar determinados por la expulsión misma o por la rabia que le impide el dar, por tanto esto, explicaría su agresividad:

*“Desde hace un tiempo tengo episodios de ansiedad, he lanzado objetos cuando esto pasa, celulares que son míos (Piensa) luego de que esto pasa, me frustro y me siento culpable. Esto con mi familia, siento que mi hermana que es allegada a mis padres, mi mamá la compara conmigo y me hace sentir mal, con mi pareja también he tenido esto”.*

*“Con mi pareja también he tenido esto”. Relata: “respondo de manera agresiva frente a ellos que me hacen sentir mal, en algún momento de mi vida, viví una experiencia que me marcó y lo ha exacerbado, el que actúe así”*

Por otro lado, de acuerdo con Fenichel & Rangell, 1995 “(...) Hay también lazos entre lo anal y el dinero. El bolo fecal constituye el primer modelo de posesión.

Dinámicamente, una posesión es algo, visto en el afuera, que características del propio yo. (...) Así, pues, para el inconsciente, oro, dinero y materias fecales son una sola y misma cosa”. (p.190, 191)

Por ejemplo, cuando manifiesta que discute con su pareja discute por lo financiero, dado que siente toda la carga de la casa puesta en ella, “A” no tiene flujo de dinero, debido a la inversión que ahora mismo tiene en sus negocios personales de restaurantes, hecho que la indigna y molesta, según dice porque le recuerda cómo fue su papá con ella. Estos episodios, terminan exacerbando el conflicto entre la pareja, a tal punto de discutir y traer a colación temas del pasado. El objetivo fundamental de tal estructura es el control, o sea: control de sí mismo, control de los objetos, control social, así mismo, es muy común la presencia de componentes agresivos que pueden estar determinados por la expulsión misma o por la rabia que le impide el dar.

Vale decir que, pese a que esto le genere molestia o malestar, el hecho de tener el control de la situación “económica” representa ganancia en la paciente, en la necesidad de retener, siendo esta una característica obsesiva de la meticulosidad, constipación y la tendencia al control insidioso, es decir, aprisiona a su pareja con las frecuentes y repetitivas discusiones por el dinero.

Veamos el caso desde la variable, mecanismos de defensa, los cuales afloran en el discurso propiamente dicho donde acude al desplazamiento (reorientación del impulso): Cuando verbaliza que con frecuencia lanza objetos personales, cuando pierde el “control” emocional.

Negación: frente al hecho de afirmar que todo está bien con su pareja, cuando en realidad no, por eso sus discusiones constantes, frente a lo económico y su deseo de que este le proponga matrimonio.

Volverse contra el yo (el yo como objeto o como blanco): Por Ej. Cuando la paciente también dirige su molestia hacia su pareja, lo cual se termina convirtiendo en sentimientos de auto reproche, pasividad y/o inferioridad. Así mismo, es común ver en ella, expresiones o sentimientos de culpa.

Regresión (repliegue en desarrollo): En la paciente el carácter obsesivo presenta una disociación entre un yo precozmente desarrollado y una regresión de la libido (el yo avanzó hasta lo genital, en tanto que la libido retorna a la etapa anal)

Y aislamiento: Cuando refiere que está feliz con su pareja, pese a no estar casados. Es decir, logra expresarlo despojándose del significado emocional, aun cuando en realidad esto le genera: tristeza, rabia, (defensa del yo, muy característica de la neurosis obsesiva) para responder a las demandas y exigencias del entorno, a nivel familiar con sus padres, a nivel personal con su pareja y también en su empleo.

Entonces, también es preciso destacar las constantes quejas hacia su novio “A” con quien a veces sostiene discusiones con temas relacionados con la convivencia, el dinero y el matrimonio dando lugar a un sentimiento de culpa, que no es visible, sino desplazado a los demás, y donde ella mantiene un lugar de “fuerte” frente a las exigencias del superyó.

En la sesión vemos:

*“Durante esta semana tuve una crisis con “A” mi novio, soy de las que terminé peleando en vez de hablar, grito y me da ira, con él frecuentemente discuto por el tema económico, siento que yo he venido asumiéndolo todo en ese aspecto, así como también por el hecho de que a pesar de que estamos comprometidos, no me ha pedido matrimonio,*



*siento y lo ha manifestado no es algo que sea su prioridad o que defina el valor de una relación”*

En palabras de Laplanche y Pontalis (1971) se habla de conflicto cuando, en el sujeto, se oponen exigencias internas contrarias. El conflicto puede ser manifiesto (por ejemplo, entre un deseo y una exigencia moral, o entre dos sentimientos contradictorios) o latente, pudiendo expresarse este último de un modo deformado en el conflicto manifiesto; visto en el caso, la paciente manifiesta:

*“Pienso que termina siendo contradictorio, que antes no decía nada, enmudecía y ahora frente a hechos así, sobre todo con mi familia y novio si digo las cosas que me molestan, grito, tiro las cosas, luego siento culpa”*

Además, se destaca:

*“Pero, a mí sí me importa y quiero casarme con él me entristece que aún no pase y trato de no entrar en discusión, pero siento que esa rabia sale de algún modo. En lo demás, estoy bien y me siento muy bien con él, ha influido de manera especial mi vida, me inspira mucho, también quién me propuso venir a psicoterapia, entre otras, cosas porque hace un tiempo también inició proceso”*

En su historia personal:

*En cuanto a relaciones amorosas, no ha sido de muchas parejas y estuvo vinculada según lo relatado a una relación tóxica con quien padeció “violencia sexual y física”. Actualmente tiene una pareja estable y la relación es opuesta a su noviazgo anterior, manifiesta tener planes de irse a vivir juntos y en la actualidad cohabitan.*

Sin embargo, el conflicto se hace evidente:

*Manifiesta que con su pareja discute por lo financiero, siente toda la carga de la casa puesta en ella, dado “A” no tiene flujo de dinero, debido a la inversión que ahora*

*misma tiene en sus negocios personales de restaurantes, hecho que le indigna y molesta a KN, según dice porque le recuerda cómo fue su papá con ella.*

Lo que ratifica el deseo propiamente dicho y el conflicto, así como el miedo a fracasar como todo neurótico obsesivo. La queja inicial remite inmediatamente a los padres, cuando expresa su historia familiar y la forma en que llegó a constituir su pareja actual y en su situación actual, caracterizan la neurosis obsesiva.

Señala también:

*“Pero, por otro lado, me he dado cuenta de que... (Piensa) (Retoma) Me he dado cuenta que me parezco mucho a mi mamá, bastante en la forma de ser. Me puse a observar el trato de ella para con mi papá y es muy parecido al mío hacia “A”, controladora, organizada e impaciente. Definitivamente, que lo aquello que uno más crítica es a lo que se termina uno pareciendo”*

Es clave señalar en el caso que al no poder poner en palabras los conflictos que frecuentemente merodean los estados de ánimo de la paciente, se destaca la somatización como una descarga directa de la libido a diferentes órganos o sistemas corporales, en la paciente:

*A la edad de 15 empezó a manifestar síntomas como reflujo y vómitos frecuentes, por el tema de la alimentación y dieta, para no ser “gorda” cuando esto ocurre dice que se “desestabiliza y se descontrola, exacerbándose cuando ha tenido discusiones fuertes con “A” (su novio), lo mismo que afectaciones en el colón*

Parece ser que como un acto intencionado, que en la actualidad se ha reeditado y sucedió una vez a la semana. Con dificultad para controlar impulsos y emociones lo que le impide responder de forma asertiva frente a situaciones cotidianas, frente al estrés o bajo presión.

El extremo cuidado por los detalles relacionados con el orden y la limpieza ha generado en la paciente, por ejemplo, en el caso, precisamente a nivel laboral se siente segura y satisfecha por lo que realiza, se caracteriza por ser organizada y cumplir a cabalidad sus tareas. Sin embargo, en ocasiones dice sentir angustia o temor frente a sus superiores cuando debe asumir como anfitriona de los eventos que se han de hacer en la empresa dónde trabaja y en las reuniones donde debe desenvolverse en el idioma inglés, este último aspecto como fruto del complejo de Edipo: dado que la paciente lo considera como miedo al fracaso.

En tanto que, la elección del objeto está marcada por las características de su organización neurótica: organización, pulcritud, preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad, dedicación al trabajo y a la productividad, a ratos inflexible: en lo relacionado a las rutinas establecidas con relación a su tiempo laboral, gimnasio, horario para realizar comprar, organización de su apartamento y establecimiento de su presupuesto económico y con rasgos manifiestos de terquedad y obstinación.

Así las cosas, el cuadro que presenta la paciente como bien se mencionó corresponde a la neurosis obsesiva; su novio y familia de origen (si bien ella escoge a su pareja bajo el modelo identificadorio del padre y de cómo la madre resolvía todo, vale decir que, esta situación es histórica en la paciente) marcan la dinámica en la relación, con las continuas quejas por la formalización del matrimonio y hacia su pareja respecto al dinero, el orden, la limpieza, entre otros, que evidencian las características de tal estructura neurótica: obsesiva.

Así mismo, la elección del objeto de amor, está atravesado por el complejo de Edipo, lo cual se hace evidente en el caso, en la similitud del padre con su actual en lo relacionado con las características de personalidad:

*“Desde que me acuerdo mi papá no ha sido organizado en el tema financiero, ha perdido negocios como independiente y eso ha influido en la economía del hogar, generando fuertes y reiterados conflictos con mi madre y pues también con mi hermana, que entre otras cosas, se ha aliado con mi mamá para quitarle bienes a mi papá, dejándolo prácticamente sin nada, eso me entristece a pesar de no ser tan cercana al él”*

La neurosis obsesiva en la paciente configura la manera cómo la paciente entiende el mundo, establece su forma de relación con los demás y hace elección de objeto de amor, para la paciente resulta ser egodistónica esta situación, cuando empiezan a aparecer en la actualidad el cúmulo de síntomas, que la llevan a asistir a psicoterapia. Siendo este el escenario preciso para dar cuenta de cómo el área problema se origina en aspectos infantiles de la paciente y de los padres, de la relación con cada uno, incluyendo a su hermana, los cuales son esos elementos que al dejar huella en la psiquis de la paciente ponen de manifiesto el síntoma o los síntomas, siendo posible su análisis en el proceso clínico.

## Conclusiones y discusión

El presente estudio de caso da cuenta de la relevancia investigativa que tiene el análisis teórico y clínico en el marco de la formación académica y terapéutica de la maestría Psicología Clínica de la Fundación Universidad Del Norte de Barranquilla, lo que se establece como: *Neurosis Obsesiva y Elección de objeto: Un estudio de caso*.

A continuación, se describen las preguntas que surgen práctica de la situación terapéutica:

*¿Cómo incide la neurosis obsesiva en la relación de pareja?*

1. En la paciente la neurosis obsesiva se configura en cómo esta entiende el mundo y establece la forma su forma de relación con los demás, para la paciente resulta ser egodistónico esta situación, pues empiezan a aparecer en la actualidad el cúmulo de síntomas que a ratos parecen inundarla, razón por la que decide asistir a psicoterapia.
2. Su discurso se centra en el conflicto con la pareja, hecho que remite al complejo de Edipo y la relación con los padres, explicando la génesis de su conflicto actual y siendo el organizador de la vida psíquica de la paciente, que responde a su posición frente a la relación con el otro, además de la imagen que tiene de sí misma. Poniendo de manifiesto que el conflicto no es actual, en la medida en que no se configuró en la adultez, sino que su impacto actual está sostenido por la organización infantil.
3. A través de las continuas quejas con relación a la formalización del compromiso matrimonial, que sin lugar a dudas son el motivo central de las discusiones

continuas con la pareja, reflejo de una intensa ambivalencia. Así como, en lo que respecta al dinero, el orden y la limpieza, siendo este el meollo del conflicto, la paciente quiere que las cosas se realicen a su manera, cómo ella lo tiene pensado y cuando no es así, se enoja por ello, esto ligado al deseo de poseer, que a su vez, se entreteje con el deseo de dominar.

4. La culpa también se constituye en el elemento que se deriva superyó y el superyó es producto del complejo de Edipo, pues esboza la necesidad de retornar al lugar parental, en la paciente se evidencia cuando se ha enfrentado con su pareja, lanzado objetos, verbalizando obscenidades y que luego trate de repararlo. Esto rige las funciones de autocrítica y autoestima, actuando como especie de juez interior, ejerciendo funciones de monitoría. En la paciente, se puede apreciar que logra tener conciencia del sentimiento de culpa o malestar por algo sentido como prohibido ha hecho y a su vez, un elemento inconsciente cuando dicha culpa la impulsa a ser sancionada o castigada por ello.
5. Así mismo, en la huella de los imagos parentales en la vida de la paciente en tanto que da cuenta del parecido con su mamá, en la forma de ser. Cuando observa la relación de sus padres y cómo ésta ha marcado el trato hacia su pareja, siendo a ratos: controladora, organizada e impaciente.

Y en relación con las preguntas orientadoras ¿Qué características se establecen en la elección de objeto? y ¿Cómo la neurosis obsesiva organiza la psiquis de la paciente? Se consideró:

1. Las características de la elección de objeto por apoyo o anaclítico, se distinguen porque aseguran al niño alimento, cuidados y protección y se configuran en la identificación de la paciente con sus padres, desde el atravesamiento del complejo de Edipo y la forma de relación afectiva con tales figuras.
2. Asimismo, la paciente elige un objeto más allá de los padres, desde que establece una relación de pareja con la que se vincula afectivamente y quien conserva características que lo identifican con su padre.
3. Se hace visible en el caso frente a la continua culpa que experimenta una vez ha descargado su molestia y enojo, en principio con sus padres y posteriormente con su pareja. Así mismo, cuando manifestó el no ser de muchas parejas y que además estuvo vinculada según lo relatado a una relación tóxica, hecho que la avergüenza y la hace sentir culpable. Actualmente con su pareja manifiesta tener planes de irse a vivir juntos y en la actualidad cohabitan, vale mencionar que al principio de la misma, estuvo desconfiada de entregar sus sentimientos, por todo lo que había vivido previamente.
4. La forma de responder de la paciente ante el mundo da cuenta de sus rasgos obsesivos tales como: ambivalencia, malestar constante, somatizaciones, inclinación por la pulcritud y el orden, la duda, conflicto, control, entre otros elementos, configuran la neurosis que se sostienen en las experiencias infantiles y que son atravesadas por la relación con los padres, así como también el lugar de los factores desencadenantes actuales.
5. Con dificultad para controlar impulsos y emociones lo que le impide responder de forma asertiva frente a situaciones cotidianas, frente al estrés o bajo presión.

## Referencias y Bibliografía

- Arango, C. (s.f.). Psicología Dinámica.
- Benjet, C. (2009). Salud mental de la niñez y la adolescencia en América Latina y el Caribe. En *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de:  
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/166275/1/9789275316320.pdf?ua=1>
- Brainsky, S. (1996). *Manual de psicología y psicopatología dinámicas: fundamentos de psicoanálisis*. Bogotá: Carlos Valencia editores.
- Briansk, S. (2003).
- Bustos, V. (2016). Psicoanálisis, postconflicto y salud mental. *Revista Psicogente*, 19 (36), 202-203. Recuperado de:  
<http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/psicogente/article/viewFile/1361/1346>
- Bustos, V. (2017). *Perspectiva analítica de la angustia y el desarrollo emocional. Aportes a la comprensión de la infancia*. Alemania: Editorial Académica Española.
- Bustos, V. y Russo, A. (2018). Salud mental como efecto del desarrollo psicoafectivo en la infancia. *Revista Psicogente*. Vol. 21 (39).  
DOI: [10.17081/psico.21.39.2830](https://doi.org/10.17081/psico.21.39.2830)
- Eidelberg, L. (1968). *Encyclopedia of psychoanalysis. hardcover*.
- Erikson, E. (1950). *childhood and society*. New York, London: W.W Norton & company.



- Fenichel, o., & Rangell, l. (1995). *The Physchoanalytic theory of neurosis*. Fenichel, & L. Rangell, The Physchoanalytic theory of neurosis. New York: Norton & company.
- Ferenczi, S., & Rank, O. (1925). *The development of psychoanalysis*. Nervous and mental Disease Publishing Company.
- Freud, S. (1896). Nuevas observaciones sobre la neurosis de defensa. En S. Freud, nuevas observaciones sobre la neurosis de defensa. Carlos Valencia editores.
- Freud, S. (s.f.). Obras completas, la sexualidad en la etiología de las neurosis. Amorrortu editores.
- Fromm-Reichman, F. (1974). *Psychoanalysis and psychotherapy*. London: the university Chicago press.
- Gómez, E. (2013). *Trauma relacional temprano*. Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Kolb, l., & Noyes. (1992). *psiquiatría clínica moderna*. México: Prensa médica mexicana.
- Lacan, J. (1971). El saber del psicoanalista. (Charlas en ste. anne).
- Laplanche, J., & Pontalis, J. b. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Argentina: Paidós.
- Leeuw, V. D. (s.f.). Sobre el desarrollo del concepto de defensa.
- Maganto Mateo, C. (s.f.). Marcos teóricos de la entrevista de evaluación, en marcos teóricos de la entrevista de evaluación, capítulo 9. La entrevista de evaluación psicodinámica.
- Mass, L. (2011). *Familia contemporánea y maltrato infantil. Una lectura desde la teoría psicoanalítica*. Alemania: Editorial Académica Española.
- Mass, L. (2013). Familia y maltrato infantil: Una revisión teórica en torno a la clínica contemporánea. *Revista CES*, 4 (2), 35-43.

- Mass, L. (2014). El sujeto y la estética corporal en la sociedad contemporánea (algunas relaciones teóricas con el capitalismo y plus de gozar). *Revista Psicogente*, 17(31), 155-162. Recuperado de:  
<http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co:82/rdigital/psicogente/index.php/psicogente/article/viewFile/428/393m>
- Mass, L. (2017). De la histeria al cuerpo de la pulsión: el paradigma Freudiano. *Sciences Pi Journal*, edición II, 19-27. Recuperado de:  
<https://www.sciencespijournal.com/descargas/>
- Mass, L., y García, J. (2017). Verdad y posconflicto: Algunas consideraciones entre el derecho y el psicoanálisis. En: Conflictos y pos conflictos. Pasado y presente en América latina y el Caribe, caso Colombia. 175 – 195. Ediciones Unisinu.
- Mass, L., y García, J. (2018). Vicisitudes del cuerpo en Psicoanálisis. *Revista Psicoespacios*, 12 (20), DOI: <https://doi.org/10.25057/issn.2145-2776>
- Nasio, J. (2007). El Edipo, concepto crucial del psicoanálisis. Argentina: Paidós.
- Russo, A. (2014). Programa Pisotón para el Desarrollo Psicoafectivo y la Educación Emocional: Experiencia de Implementación en Colombia 1997-2014. En *Experiencias Significativas en Psicología y Salud Mental*. Bogotá: Colpsic
- Russo, A., y Galindo, J. (2008). Para que el niño recupere su lugar. Mambrú se fue a la guerra, que dolor, que pena. *Revista Uninorte: Investigación Y Opinión Desde La Universidad Del Norte*. Vol. 41.
- UNESCO. (2014). Textos fundamentales. Edición de 2014. Recuperado de:  
<http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002269/226924s.pdf#page=7>
- Winnicott, D. (1951). Las bases de la salud mental. En: *Deprivación y delincuencia*. 197-200. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Winnicott, D. (2005). *Playing and reality*. London and New York: Roudtiedge classics edition

Zabaraín, S., Quintero, L., y Russo, A. (2015). Logros del yo durante el desarrollo psicoafectivo en la etapa de latencia. *Revista Psicoespacios*, Vol. 9, N. 14, junio 2015, pp.129-160, Recuperado de:  
<http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>

## Anexos

### Evaluación de la actividad global

Se realiza mediante la **Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)**.

#### ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG)\*

- 100...** Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece  
**...91** superado/a por los problemas de la vida, es valorado/a por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
- 90...** Síntomas ausentes o mínimos (por ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena  
**...81** actividad en todas las áreas, interesado/a e implicado/a en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho/a de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (por ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
- 80...** Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante  
**...71** agentes estresantes psicosociales (por ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); solo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (por ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
- 70...** Algunos síntomas leves (por ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna  
**...61** dificultad en la actividad social, laboral o escolar (por ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
- 60...** Síntomas moderados (por ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de  
**...51** angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (por ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o escuela).
- 50...** Síntomas graves (por ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en  
**...41** tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (por ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
- 40...** Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (por ej., el  
**...31** lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (por ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
- 30...** La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones  
**...21** o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (por ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (por ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
- 20...** Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (por ej., intentos de suicidio  
**...11** sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (por ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (por ej., muy incoherente o mudo).

**10...** Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (por ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.

**0** Información inadecuada

**\* Nota: asignar un único valor (entre 0 y 100), teniendo en cuenta la gravedad de los síntomas y el nivel de actividad. Reflejar el período de tiempo al que se refiere la evaluación (por ej., "actual" o "en el ingreso").**

### **Consentimiento Informado**

El presente estudio de caso cuenta con el consentimiento informado requerido para propósitos investigativos y formativos. Por control de anonimato se reserva su entrega al programa de formación.